CONSIDÉRATIONS

N° 55

SUR UNE

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE

EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE DE L'ANGINE

ET DE QUELQUES FORMES FRUSTES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier
le 8 mai 1888

PAR

Bernard CASTELLANET
Né à Trans (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique médicale.	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C ✠), CAVALIER (✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUMAS, *président.*

MAIRET, agrégé.

MOSSE, agrégé.

BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

CASTELLANET.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à Arles comme interne il nous a été donné d'observer quelques cas de scarlatine, les uns avec le cortège des symptômes qui caractérisent cette affection exanthématique, d'autres avec quelques-uns de ces symptômes seulement. Cette épidémie évoluait dans un cercle assez restreint pour qu'il nous fût possible d'en saisir l'ensemble et que les accidents importants ne pussent nous échapper; elle nous paraissait donc, malgré le nombre de malades relativement restreint admis à l'hôpital, jeter un jour plus particulier sur l'ensemble clinique que ces apparitions morbides doivent présenter sur un théâtre plus vaste, mais ou trop de cas passent inaperçus.

Le nombre d'ailleurs considérable d'angines qui se montrait en même temps et dans le même milieu, était trop frappant pour que nous ne voyions pas aussi, dans cette coïncidence, une corrélation entre un symptôme et une affection d'ordinaire si étroitement unis. C'est dans ce sens que nous avons essayé de diriger ce travail, certains que la bienveillance de nos Maîtres voudra bien suppléer à son inperfection.

Comme caractère de cette fièvre éruptive et chez tous les malades que nous avons eu sous les yeux, nous avons constamment remarqué l'angine. Quelquefois, ou mieux, souvent très précoce, elle a d'autres fois survécu à la fièvre et à l'exanthème, ne disparaissant qu'après les diverses poussées éruptives se manifestant sur le tronc et les membres.

Le signe qui frappe surtout dès le début de la scarlatine,

disent Hardy et Behier, est une fièvre intense précédée ou non de frissons. Le pouls prend une accélération plus considérable que dans tous les autres exanthèmes; enfin, cela et d'une façon constante le malade se plaint de mal de gorge.

Ce signe est un des plus importants, c'est sur lui que le malade attire surtout l'attention et l'on examine alors la cavité buccale et l'isthme du gosier.

Hardy et Behier ne sont pas les seuls à reconnaître la constance de ce signe. Trousseau (1) s'exprime à peu près de la même manière. Jaccoud (2), Laveran, Barthez et tous les auteurs classiques sont d'accord sur ce point; et si nous remontons plus haut, nous voyons tout une série d'observateurs (3) essayer d'ériger en loi le résultat de leur nombreuses observations. L'angine n'est cependant point un symptôme constant de l'affection scarlatineuse et si l'on a voulu ériger la chose en règle, nous devons reconnaître qu'elle est comme toutes les règles : elle est passible de ses exceptions.

Il est des épidémies et des formes de la maladie où elle a pu manquer, c'est ce que nous allons voir sans toutefois donner à l'exception plus d'importance qu'elle n'en a, ni préjuger rien d'affirmations aussi considérables que celle des auteurs que nous avons cités.

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, p. 102.

(2) Path., p. 721.

(3) Duchateau, Considérat. générales sur la scarlat. *Bulletin de la société médicale d'émulation*, mai 1816, Camille Renaud, *Gazette méd.* 1835 Gibert, maladies de la peau.

DIVISION DU SUJET

Pour arriver au but que nous avons exposé dans notre introduction, nous suivrons l'ordre des faits et des réflexions qu'ils nous ont inspirées et nous adopterons la division suivante : En premier lieu, après une courte donnée historique sur les épidémies de scarlatine, nous ferons les quelques réserves imposées par le sujet sur la constance de l'angine. Dans une 2e partie, nous donnerons les observations que nous avons recueillies. Dans la 3e, après une étude succincte sur la scarlatine et l'épidémie qui nous occupe, nous présenterons le tableau des cas d'angine qui ont coïncidé avec elle. Nous étudierons dans une 4e, l'angine scarlatineuse et les anomalies qui peuvent expliquer la coïncidence subite de tous ces cas. Enfin, dans une 5e partie nous donnerons nos conclusions.

CONSIDÉRATIONS

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE

EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE DE L'ANGINE

ET DE QUELQUES FORMES FRUSTES

PREMIÈRE PARTIE.

HISTORIQUE

DE QUELQUES CAS DE SCARLATINE SANS ANGINE.

Si nous nous livrons à quelques recherches dans le domaine historique de la maladie, nous voyons que cette affection a été rarement semblable à elle-même dans les diverses épidémies qui se sont succédé. Elle peut offrir, selon la constitution épidémique, tous les degrés de gravité possible, ce qui explique pourquoi certains auteurs l'ont regardée comme une maladie insignifiante, tandis que d'autres n'ont pas craint de l'assimiler aux plus terribles fléaux. Dans sa longue pratique, dit Trousseau, Bretonneau disait avoir trouvé cette pyrexie, qu'on lui avait montrée autrefois comme si terrible, toujours fort bénigne, lorsqu'une épidémie

ayant éclaté à Tours, lui qui avait jusque-là tenu la scarlatine pour fort légère, *apprit à la redouter à l'égal du typhus et de la peste* (1).

Parmi les épidémies les plus remarquables par leur bénignité, on peut citer celles d'Augsbourg, en 1696 et 1705, et dans lesquelles les symptômes furent très légers et la mortalité nulle, quoique la maladie eût atteint un grand nombre d'individus; celle de Storch, en 1740, et qui n'enleva que 2 malades sur 200; celle de Copenhague, dans laquelle on ne compte que 3 morts sur 100 cas, et plus récemment celles décrites par Lorry, Dupuy de la Porcherie, Desessarts, Robert, etc., etc.

C'est au nombre de ces épidémies bénignes, que nous pouvons placer celle décrite par Sydenham, où tous les phénomènes: fièvres, éruption, etc., eurent un minimum d'intensité, et où, enfin, l'angine parut manquer (2). Sydenham, toutefois, observateur profond et consciencieux, n'en fait aucune mention. Il en est de même des cas cités par Dower, Gorter, Juncker, Plenciz, Cullen (3) et autres auteurs plus modernes, qui appartiennent à des épidémies fort légères ou à des cas considérablement atténués: ce sont des scarlatines anomales par diminution de tous les symptômes, suivant la classification de Rilliet et Barthez.

L'absence d'angine a été constatée depuis par nombre d'auteurs; c'est surtout chez les enfants que cette absence a été notée. Il arrive de temps à autre, dit West (p. 965), et cela surtout chez les petits enfants, que l'affection ne con-

(1) Trousseau, Cliniques. Les épidémies les plus graves connues ont été observées à Plimouth (1710), en Champagne (1781), Gènes (1784), la Ciotat (1791). (Barthez, p. 659).

(2) L'angine est parfois très légère; elle peut manquer comme dans l'épidémie décrite par Sydenham (Laveran et Teissier).

(3) Remarque de Noirot.

siste en rien de plus qu'en une éruption à la peau, dont la présence est presque la seule, quelquefois même tout à fait la seule preuve de l'existence de la fièvre scarlatine, l'angine manquant alors ou se confondant par sa légèreté avec la couleur du fond de la gorge.

Peut-être devons-nous aussi citer ici les cas dans lesquels tous les membres d'une nombreuse famille sont frappés, à l'exception d'un ou deux qui ne présentent que des symptômes insignifiants, et où il serait impossible de reconnaître la scarlatine, si le milieu dans lequel ces symptômes se développent, n'en décelait la véritable origine. Ces faits sont nombreux; nous en emprunterons un à Trousseau à la fin de ce travail.

Dans la scarlatine complète, c'est-à-dire accompagnée de tous les symptômes de l'affection, cette anomalie est déjà beaucoup plus rare; Sanné en cite 2 exemples, et encore le 1er n'est-il pas bien probant, mais il est rapporté par Cadet de Gassicourt: «un premier cas, dit-il, dans lequel l'examen attentif de la gorge pratiqué depuis le début ne lui fit jamais constater la moindre injection, tandis que la muqueuse buccale présentait une rougeur vive, accompagnée d'une tuméfaction notable de la partie qui revêt la gencive, la langue, les joues et la partie antérieure du palais. Dans un 2^{e} cas, cette rougeur manqua elle-même.

Ici, Rilliet et Barthez vont beaucoup plus loin (1), mais il s'agit de déterminer la valeur exacte que l'on doit accorder au terme pas d'angine; pour eux, 1 scarlatineux sur 6 n'a pas d'angine. Nous y reviendrons.

Une 3^{e} classe de faits appartient à la scarlatine puerpérale; un mot de digression est ici nécessaire.

Plusieurs auteurs ont élevé des doutes sur la nature de l'éruption des femmes en couches; ils pensent qu'elle n'est pas

(1) Maladie des enfants, p. 601.

de nature scarlatineuse et qu'il ne s'agit que d'une manifestation cutanée de la fièvre puerpérale; d'un exanthème scarlatiniforme dépendant de l'infection puerpérale.

Cependant l'ensemble symptomatique est complet: nausées, vomissements, élévation de température, le thermomètre monte en effet jusqu'à 40 et 41° centigrades. L'angine il est vrai apparaît quelquefois, mais manque souvent; enfin, l'éruption apparaît disséminée d'abord, puis se réunissant par îlots. Elle est reconnaissable à son piqueté et à sa coloration écarlate; souvent une abondante sudation miliaire la recouvre. La desquamation se fait par larges plaques et pour compléter le tableau, l'anasarque, l'albuminurie, le rhumatisme comptent parmi les complications éventuelles. Ces caractères ont été tracés de main de maître dans l'excellente thèse du Dr Lesage sur la scarlatine des femmes en couches, et c'est à lui que nous renvoyons pour toutes les objections sur l'identité des deux affections.

Plusieurs épidémies de ce genre ont été décrites, la plus importante comme la plus ancienne est celle de Malfatti: le lendemain de l'accouchement, dit-il, mais aussi quelquefois 6 ou 7 jours plus tard, la malade était prise de frissons, de céphalalgie, de bourdonnements d'oreille; on observait une légère rougeur à la face, surtout aux paupières, *l'angine était rare*, toujours légère..... La nuit suivante la malade était plus tranquille, mais le soir du deuxième jour la rougeur de la face devenait plus vive et s'étendait à la poitrine sans que du reste le *mal de gorge survînt ou augmentât.*

Dans une deuxième épidémie décrite par Senn, les mêmes accidents furent observés. On peut d'ailleurs en voir quelques observations dans la thèse du Dr Lesage que nous avons citée.

Ainsi donc l'angine, un des symptômes les plus importants de l'affection scarlatineuse, peut manquer et la maladie n'en

suivre pas moins son évolution. Cependant comme nous le voyons par ces rares exceptions, elle n'en reste pas moins un accompagnement essentiel de la scarlatine, un épiphénomène qui domine, avec l'exanthème, la symptomatologie de cette maladie et, dans bien des cas douteux, comme nous le verrons plus tard, elle restera l'élément le plus précieux du diagnostic.

DEUXIÈME PARTIE.

ÉTIOLOGIE.

La théorie du développement spontané acceptée par Guersant, Blache, Seifert. Thomassen citant le cas d'un jeune garçon qui, après un bain de rivière, eut la maladie et la transmit à divers membres de sa famille ; cette théorie ne nous occupera pas ici.

La scarlatine est éminemment contagieuse, et toutes les fois qu'elle s'est montrée, elle a constamment été importée du dehors. Aucune cause ne peut produire la scarlatine que la scarlatine, Sanné (1). Rilliet et Barthez citent une succession d'épidémies, dans lesquelles cette origine étrangère du contage a été constatée. La scarlatine, d'ailleurs, peut être transmise à des distances de lieu et de temps fort éloignées de leur point de départ ; on connaît à ce propos l'histoire de l'habit du Dr Hildebrand qui transmit la contagion à une grande distance et à plus d'un an et demi d'intervalle ; une lettre a pu la transmettre (2), nous n'y reviendrons donc pas.

A l'époque dont nous parlons, la scarlatine venait de sévir en ville quelques 12 ou 14 mois auparavant, faisant quelques victimes et frappant la plus grande partie des enfants, des angines malignes, des anasarques, quelques diphtéries, et de nombreux cas bénins en avaient complété le génie

(1) Sanné. Dict. de Dechambre, p. 356, art. *Scarlatine*.
(2) Cadet de Gassicourt, p. 389.

épidémique. L'épidémie avait pris fin, mais le germe de la maladie se perpétuant par contagion avait amené, de temps à autre, dans nos salles, quelques cas isolés, derniers restes d'un foyer épidémique mal éteint. C'est dans ces circonstances que le 23me régiment de chasseurs à pied vint prendre garnison à Arles, présentant, à l'élément morbide, un nombre considérable d'hommes ayant moins d'un an de service, c'est-à-dire tout prêts à contracter la maladie.

C'est ainsi que l'épidémie se déclara; les premiers malades nous arrivèrent au commencement de février: ce sont les observations que nous allons rapporter. On excusera la brièveté de quelques-unes, elles suffiront, je pense, pour les besoins de la cause.

OBSERVATIONS.

Les observations que j'ai réunies sont personnelles et au nombre de 19. Comme beaucoup se ressemblent, nous ne donnons ici que celles qui paraissent présenter quelque intérêt. Les autres appartiennent à des cas bénins et se ressemblent toutes; nous ne ferons que les citer.

Observation I.

Le nommé Chauveau Laurent, sergent, entre à l'hôpital le 5 février. Malade depuis deux jours, il s'est présenté à la visite le 3. A l'examen, la gorge nous paraît rouge, quoique non piquetée. Pas de dépôt pultacé sur les amygdales. La langue blanche au-dessus est rouge au-dessous et à la pointe. L'éruption, sans élevures, ni piqueté, se montre surtout au dos et à la partie interne des cuisses. Yeux légèrement injectés. En somme, le symptôme dominant pour le malade, c'est le mal de gorge. Temp. du soir 39°.

Le 6, temp. 38° le matin, 38°6 le soir.

Le 7, matin 39°, soir 38°4. L'éruption encore apparente aux bras et aux jambes commence à disparaître. Les amygdales sont toujours rouges et sans enduit pultacé; elles sont érodées. Le malade rend quelques caillots provenant de la gorge. L'inflammation s'est légèrement propagée le long de la trompe d'Eustache, l'oreille est douloureuse: gargarisme; pot. calmante.

Le 8, temp. 37° le matin, 38° le soir.

Le 9, l'angine a disparu, quelques rougeurs le long des jambes seules subsistent encore. Temp. matin 37°5, soir 37°.

14. La desquamation commence, le malade nous présente un lambeau épidermique.

Observation II.

Le nommé Dreuilhe Etienne, soldat de deuxième classe au 23^{me} chasseurs à pied, entre une première fois à l'hôpital le 29 décembre, malade depuis quelques jours. Il présente tous les symptômes de la scarlatine, angine, fièvre, éruption. L'angine avait été chez lui le premier symptôme. La maladie évolue, d'ailleurs, d'une façon normale, le malade complètement rétabli insiste pour sortir le 16 janvier, et veut reprendre son service dans l'intérêt de son avancement. Après quelques jours de manœuvres en plein air, une dyspnée intense le prend dans la nuit du 18 au 19 janvier, il rentre à l'hôpital le lendemain matin, présentant un anasarque généralisé et des accès de suffocation intenses. Ventouses, ligature des membres, révulsifs. Il meurt une ou deux heures après, il n'a pas uriné. L'antopsie ne peut être faite, le malade a succombé sous l'effet d'un œdème pulmonaire ou d'un œdème de la glotte, peut-être des deux réunis. A sa rentrée, l'inspiration paraissait presque impossible. Le thorax était à son maximum d'amplitude.

Observation III.

Le nommé Fougeras Léonard, 21 ans, chasseur à pied, entre à l'hôpital le 31 janvier. Atteint de céphalalgie depuis déjà quelques jours, il est pris presque subitement le 30 de frissons, une fièvre intense se déclare, il vient le lendemain à l'hôpital. Il nous paraît fort abattu ; l'éruption scarlatiniforme rouge diffuse sans piqueté (apparent), a envahi les avant-bras, la poitrine et le dos où elle est plus foncée. Les amygdales sont rouges, gonflées et enduites par place d'un enduit crémeux. La langue est blanchâtre, l'haleine fétide.

Les ganglions du cou ne sont pas engorgés. Temp. 40, bouillon, acides, collutoire.

1er février. Temp. matin 38°5 , soir 40°. Antipyrine 1 gr.

2 février. Temp. matin 39°, soir 39°6.

3 février. Temp. matin 8 heures, 41°. Lèvres fuligineuses, gorge moins rouge, peu d'engorgement cervical. Antipyrine, sinapismes.

9 heures et demie, sinapismes nombreux aux jambes. Délire, ne répond pas, refuse toute boisson, serre les dents. La langue et le palais sont recouverts de fuliginosités.

11 heures moins un quart, il baisse rapidement, état comateux. Temp. 42°. A 11 heures, Temp. 43°4 dixièmes, agonie. La face pâlit, la respiration est stertoreuse. L'éruption reste apparente, mort à 11 heures et demie ; une demi-heure après la mort, l'éruption est remplacée par des marbrures violacées laissant des intervalles de peau blafarde.

Observation IV.

Dubois, chasseur de 2e classe, entre à l'hôpital le 31, se disant malade depuis 8 jours. L'angine a été la première manifestation de sa maladie. Du reste, toute la semaine, frissons, céphalalgie. L'éruption a paru le 29.

Le 31, la langue est blanchâtre, la luette et les amygdales très rouges. Les lèvres légèrement fuligineuses, les yeux larmoyants. L'éruption est chez lui d'un piqueté framboïsé caractéristique, et datait déjà de quelques jours à son entrée quoique postérieure à l'angine de 4 à 5. Temp. soir 40°.

1er février. Collutoire avec borax, acide chlorhydrique et miel rosat; dans l'après-midi, sensation d'étouffement, fièvre intense, envies de vomir, expectoration pénible, la voix est normale.

2 février. Temp. 38°5 le matin, 39°5 le soir. Toucher à plusieurs reprises la gorge avec collutoire.

3 février. Potion acidulée, potion de Rivière s'il vomit. Temp. matin 39°. La langue s'est dépouillée en partie et paraît très rouge. Une nouvelle poussée éruptive semble s'être faite à la face. Quelques perles de miliaire sur les mains. Temp. soir 40°.

4 février. Temp. soir 40°. Le malade a vomi et continue à en éprouver le besoin. Diarrhée.

5 janvier. Même état. Temp. 40° le matin, potion avec 20 gouttes laudanum, 30 gr. sirop digitale, sirop d'éther et sirop d'écorces. Les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés, mais ils sont douloureux à la pression. A 3 heures, Temp. 40°6. Antipyrine, 1 gr., sinapismes.

Le 6. Temp. 40° le matin. Collutoire, acide chlorhydrique et miel rosat; 38°4 le soir.

Le 7, Temp. 38°4 le matin, 38°5 le soir. L'éruption a presque disparu, il en reste un peu aux jambes et au dos. Les douleurs de gorge persistent, elle est toujours rouge avec enduit crémeux. Légère rachialgie. Léger nuage albumineux dans le tube, groseille à l'eau de seltz.

Le 8, Temp. 37°6, un quart vin, alimentation légère.

Le 9, Temp. 37°5, souffre encore de la gorge.

Le 10, Temp. 36°.

Le 12, l'état de la gorge est à peu près normal. La desquamation commence. Forme gastro-intestinale mitigée.

Observation V.

Le nommé Mouillet, entré à l'hôpital le 17 janvier, malade depuis le 15. Angine, céphalalgie intense, réponses difficiles. L'éruption recouvre tout le corps, le malade a de la peine à ouvrir la bouche. Temp. 40°. Bouillon, limonade, antipyrine 1 gr.

18. Temp. 40°3. La température se maintient, délire par moments, le cou est légèrement tuméfié. Antipyrine 1 gr.

19. L'éruption paraît plus sombre. Lèvres couvertes de fuliginosités. Temp. 40°5 le matin; le malade meurt dans l'après-midi, la température n'a plus été prise. Ce malade n'a été suivi par nous que 2 jours, sa maladie n'en a duré que 4.

Observation VI.

Le nommé Tournier Jules-Joseph, entre à l'hôpital le 24 février pour une anasarque généralisée; il est entré à l'infirmerie le 21. Il y a eu chez lui céphalalgie, courbature (il se plaignait des reins) et angine (il éprouvait de la difficulté pour parler et avaler), mais ne se rappelle pas avoir eu d'éruption. Soigné à l'infirmerie 4 jours. Aujourd'hui encore la gorge est un peu rouge, mais sans engorgement des ganglions cervicaux. L'œdème est généralisé mais peu prononcé. Léger dépôt albumineux dans le tube.

2 mars. Urines abondantes, va beaucoup mieux.

12. Pas d'albumine, l'anasarque persiste encore quoique diminuée de beaucoup. Il reste jusqu'au 8 avril.

Observation VII.

Le nommé Foitonnet entre à l'hôpital le vendredi 4 février, malade depuis deux jours, mais il souffrait déjà auparavant de la gorge. Fièvre, frissons, courbature (douleurs de reins). Au moment où nous le voyons, la fièvre est intense, le pouls fréquent et fort, la sueur perle avec abondance de la face qui est rouge. Les pommettes sont colorées.

L'éruption a l'aspect papuleux; elle apparaît sur la poitrine par plaques. La gorge est rouge, les amygdales injectées et piquetées.

Temp. 40°, il a eu hier soir à la caserne 39°9.

Les réponses sont claires, il donne lui-même tous les renseignements qui lui sont demandés.

Le 5 janvier. 38° le matin. 39° le soir. Quelques vésicules de miliaire sur la poitrine.

Le 6, 37° le matin, 39° le soir.

Le 7, 37°4 le matin, 37°8 le soir.

Le 8, l'éruption a presque disparu. Il ne souffre plus de la gorge, quelques ulcérations persistent au-dessus de la luette. Collutoire.

Le 9, encore quelques symptômes du côté de la gorge. L'éruption a complètement disparu.

Le 10, la gorge est toujours prise; gargarisme chloraté.

Le 12, un peu de rougeur à la gorge, enrouement, pas de desquamation apparente.

Observation VIII.

Le nommé Dag, 23 ans, chasseur, entré à l'hôpital le 12 mars, après s'être présenté à la visite pour anasarque généralisée le 8. Il prit froid au retour d'une marche il y a environ 20 jours; il eut quelques frissons et l'anasarque se montra. Cela coïncide par conséquent avec la pleine période épidémique. Il n'avoue pas précisément avoir souffert de la gorge, mais il porte encore de la ouate autour du cou. Je ne trouve rien dans ses urines.

L'anasarque disparaît peu à peu. On retrouve encore, 8 mois après, de l'albumine dans ses urines. Il rentre à l'hôpital une deuxième fois sous ce diagnostic, mais cela n'a pas de suite.

Observation IX.

Le nommé Mignon, soldat de la classe 1882, entre à l'hôpital le jeudi 24 février, il souffrait de la gorge depuis 3 jours. Le lundi, fièvre, frissons. L'éruption se montre à son entrée seulement, le 24 par conséquent. L'angine a donc précédé de 3 jours. L'éruption pharyngée est très prononcée, les amygdales sont grosses et rouges sans piqueté ni produit caséeux. Langue rouge, sueurs abondantes, sans miliaire. L'éruption pâle, généralisée, sans complication d'aucune sorte évolue rapidement; température 38°5 le matin, 37°6 le soir.

Il entre en quelques jours en pleine convalescence.

Cette observation est seulement intéressante au point de vue de la priorité de l'angine.

Observation X.

Paupert Charles entre le dimanche 6 à l'hôpital, malade depuis jeudi. L'angine qui s'était montrée le jeudi s'accentue le lendemain. L'éruption ne se montre que le dimanche parfaitement apparente sur les cuisses et les jambes et paraît avoir commencé par là. Les amygdales peu gonflées sont un peu rouges. Yeux légèrement larmoyants, mais non injectés. Céphalalgie, langue très blanche, pas de ganglions engorgés. Temp. 38°

Le 8, Temp. 37°2, alimentation.

Le 9, l'angine et l'éruption (cuisse et ventre) persistent encore. Sorti le 10 du mois suivant. L'angine a précédé de 3 jours.

Les autres observations appartiennent aux nommés : Ollier, Borne, Carcaux, Franchet, Barbeau, Boutot et Valette. Sur ces 7 cas, on peut encore noter 2 angines phlegmoneuses, Borne et Ollier, et un anasarque et œdème pulmonaire, Boutot (diagnostic de leur billet d'entrée).

3me PARTIE

DE LA SCARLATINE.— SA MARCHE, SES FORMES, SES CARACTÈRES.

Etude clinique.

Telles sont les observations que nous avons recueillies à l'Hôpital, leur nombre n'en est pas bien considérable, il se complètera plus tard. A quelles formes pouvons-nous les rattacher?

Pour leur étude, nous adopterons la classification de Rilliet et Barthez et nous étudierons trois formes de la maladie:

1° La forme simple normale et la forme bénigne.

2° La forme grave par exagération de tous les symptômes, c'est la forme maligne de West que Jaccoud a subdivisée.

3° La forme grave par exagération ou prédominance d'un symptôme particulier: Angine, hémorrhagie, forme gastro-intestinale.

Enfin, les complications.

Après cette étude, nous en reviendrons à la partie qui nous intéresse davantage, à l'angine.

1° SCARLATINE NORMALE.— Si nous considérons le début de cette pyrexie, nous la voyons présenter la plupart des symptômes qui caractérisent les fièvres éruptives: frissons, fièvre, vomissements, diarrhée, puis apparaissent les symptômes propres à l'affection qui nous occupe, c'est la période d'invasion. Il ne nous a été que rarement donné de la constater.

Au bout de quelques jours, quelquefois même quelques heures, l'éruption se montre : c'est la 2me période.

Éruption.—Cette éruption est constituée par un certain nombre de taches rouges qui, isolées à leur origine, ne tardent pas à s'étendre, à se réunir et à former des plaques plus ou moins larges dont la confluence précédée de la coloration rosée des parties environnantes peut, dans certains cas, donner à toute la surface cutanée une couleur écarlate générale. Ces taches irrégulières à leur début, non proéminentes disparaissent sous le doigt et sont semées d'un pointillé plus foncé et très rapproché, mais quelquefois bien moins apparent qu'on ne pourrait le croire tout d'abord. Dailleurs le nombre de ces points est variable et contribue à renforcer ou à atténuer la teinte générale. Ces taches commencent la plupart du temps par la face (Barthez), s'étendant de là sur le reste du corps, elles peuvent néanmoins, ce que nous avons constaté le plus souvent (Jaccoud), commencer par le tronc et les membres. Elles sont surtout visibles au pli des articulations. Le dos peut aussi offrir les premiers symptômes de coloration alors que les membres sont encore indemnes et que le visage par son aspect vultueux laisse incertain, si l'on a sous les yeux l'éruption, ou une simple manifestation de la fièvre.

Les éruptions types c'est-à-dire uniformément généralisées et piquetées n'existent pas toujours ; ce n'est le plus souvent qu'une teinte légèrement rosée en un point pourpre ou cinabre en d'autres. Souvent l'exanthème parcourt une série régulière de colorations (1).

Un caractère essentiel de l'éruption scarlatineuse est la mobilité. Il arrive souvent qu'une grande partie du corps est couverte par l'exanthème et qu'au bout d'une heure on n'en voit plus le moindre vestige (Noirot), souvent aussi la rou-

(1) Barthez dit ces taches proéminentes ; il y a quelque chose de cela dans l'observation VII.

geur n'est vague et passagère que sur quelques points, tandis qu'elle se montre fixe et persistante en d'autres; c'est quelquefois une alternative continuelle d'augmentation et de diminution d'intensité; de telle sorte, que pendant quelques heures celle-ci est à peine sensible ou presque nulle et qu'ensuite elle devient très forte et très vive pendant un temps plus ou moins long (*ibid.*). L'épidémie observée par Navier à Chalons fut des plus remarquables sous ce rapport. Ce caractère fugace, d'ailleurs, nous avons pu le constater fort souvent.

Quoi qu'il en soit, la couleur générale de l'éruption comparée par les uns au jus de framboise, par d'autres à l'écrevisse cuite, peut prendre quelquefois une teinte violacée plus ou moins foncée, telle qu'elle a été présentée par l'observation III. Dans ce cas, elle s'est résolue après la mort en stries marbrées et en taches ecchymotiques. Chez ce malade la température s'est élevée jusqu'à 43°5, peut-être pourraît-on voir ici une corrélation de cause à effet, c'est le seul cas de ce genre que nous ayons. Enfin, elle peut se recouvrir de miliaire, observation IV et VII. Quant à l'injection des muqueuses oculaires ou nasales signalée par Jaccoud, nous n'avons jamais pu constater ce signe plus particulier à la rougeole (1).

Desquamation. — La desquamation est la 3me période de la scarlatine normale. Si nous en croyons Barthez, elle est d'autant plus abondante que les phénomènes fébriles et l'éruption ont été plus intenses, et nous ne citerons que pour mémoire les cas de Graves et Hanneman où une desquamation abondante ne fut précédée, dit Graves, ni d'éruption, ni de chaleur, ni de rougeur. En effet, si la fièvre est forte et l'éruption abondante (Barthez), la desquamation com-

(1) Le coryza peut être intense mais dans les complications diphtériques.

mence pendant que la fièvre dure encore et avant que toute éruption ait disparu. Dans le cas contraire, elle commence plus tard, quand la fièvre est tombée. Enfin, dans les cas bénins, elle peut ne commencer que deux ou trois semaines après la maladie. Elle peut être partielle; on a même avancé qu'elle pouvait manquer complètement. Nous avons vu quelquefois de larges feuilles épidermiques s'enlevant d'une seule pièce (obs. I et autres), mais nous n'avons pu constater les élevures acuminées arrondies, d'un blanc opaque, dont parlent Rilliet et Barthez, encore moins les immenses plaques sous forme de gant, signalées par quelques auteurs. Bien plus souvent, la desquamation s'est faite sous forme d'écailles lamelleuses (1) plus ou moins petites, nécessitant, pour se montrer, l'effort de la brosse ou de l'ongle.

Ces deux formes d'exfoliation peuvent se présenter à la fois sur le même malade. Selon Cadet de Gassicourt, la desquamation ne se montrerait que sous ces deux formes, sans transition.

Cette période peut se prolonger longtemps et servir, dans certains cas, à un diagnostic rétrospectif.

Des divers appareils. — *1er digestif.*— Dans la scarlatine simple, la partie supérieure de l'appareil digestif présente des caractères d'une certaine importance. Dès les premiers jours, la langue se recouvre d'un enduit blanc, plus ou moins épais, qui occupe sa face dorsale, laissant la pointe et les bords d'un rouge plus ou moins vif. Bientôt elle se dépouille de cet enduit, et pendant la croissance de l'éruption, elle devient lisse, luisante et rouge dans toute son étendue. Ces symptômes, atténués dans la scarlatine bénigne, manquent rarement. Au bout de quelques jours (6 à 10, Barthez), la langue revient à son état normal; sa rougeur, de plus en plus terne,

(1) D'après Noirot elles sont transversales sur le tronc, verticales sur les membres.

finit par disparaître, pour faire place à la couleur naturelle; enfin, dans les cas graves, cette couleur devient plus sombre; la langue se fendille et se recouvre, ainsi que les lèvres, de fuliginosités (forme typhoïde, obs. III).

La gorge présente une angine presque constante; sans importance, quand elle est légère, elle peut lorsqu'elle est grave mettre en danger les jours du malade; c'est une des formes de la scarlatine; elle sera l'objet d'un paragraphe particulier.

Les vomissements sont rares, nous les avons cependant observés quelquefois à la période d'éruption (obs. IV). Ils ont été fréquents dans certaines épidémies (Moudière, *Revue médic.* 1842). Les selles, ordinairement normales, elles peuvent se montrer plus fréquentes pendant la période d'éruption (caractère à noter au point de vue des manifestations sur les muqueuses); d'autres fois, c'est la constipation mais légère et cédant facilement.

2° *Appareil circulatoire.* — La fièvre est ordinairement intense dès le début, elle atteint 40-41 et contrairement aux autres fièvres éruptives se maintient souvent en plateau pendant la durée de l'éruption; elle peut se terminer par lysis ou défervescence brusque. Rilliet et Barthez, que nous avons souvent cités déjà, croient qu'il en est ainsi suivant que l'éruption évolue rapidement ou par poussées successives. Il en est ainsi dans l'obs. IV, cas grave où la température 40 le matin tombe tout d'un coup à 38° à la disparition de l'éruption vers la fin de la journée.

La température du début orbite dans les cas franchement caractérisés autour de 40°. Elle peut dans les cas graves s'élever jusqu'à 42°5 (Trousseau) 43°5, même chiffre que nous avons déjà donné pour l'obs. III. La peau est sèche et

brûlante et d'après Sanné, on peut en percevoir quelquefois la chaleur à une certaine distance.

Respiration.— Rien sauf en cas de complication thoracique (thèse de Brissot).

Urines.— Rien non plus sauf en cas de complication rénale.

Telle est dans sa marche la scarlatine normale, celle à laquelle nous pouvons rapporter le plus grand nombre de cas, et qui donne son caractère à l'épidémie.

II. Forme grave par exagération de tous les symptômes.

La scarlatine maligne, dont l'observ. V nous donne un exemple, peut revêtir deux formes, une forme rapide, nerveuse de Jaccoud et une forme plus lente typhoïde. «La forme maligne (rapide) dit West débute par des symptômes de mauvais augure et ceux-ci sont quelquefois d'une intensité telle qu'ils enlèvent le malade en moins de 48 heures. Dans d'autres cas, le début de la maladie s'annonce par une prostration des plus accusées dont le malade se remet, mais à laquelle il succombe après 1 ou 2 jours. D'autres cas semblables n'ont pas excédé une durée de 8 heures.

»Leur fréquence d'ailleurs varie suivant les épidémies, de même que les symptômes par lesquels cette forme se manifeste. Dans quelques cas, le collapsus domine la maladie et le malade meurt dans cet état; d'autres fois, il est emporté par des convulsions, d'autres fois encore une diarrhée incoërcible survient et le malade succombe épuisé.»

Ce sont ces diverses évolutions qui ont fait distinguer les formes hémorrhagiques, gastro-intestinales, syncopales si-

gnalées par Jaccoud et qui appartiennent plutôt à la classe suivante.

C'est un de ces types qui dans chaque épidémie caractérise les plus mauvais cas et que nous voyons représenté ici par les obs. III et V.

Dans la première observation, la maladie a complètement évolué en 3 jours, le malade n'ayant séjourné ni à la chambre ni à l'infirmerie; dans la deuxième, en 4, dont 2 d'infirmerie. La céphalalgie, la stupeur, le subdélirium, les fuliginosités et une température extrêmement élevée ont complété cet ensemble clinique.

West parlant de ces formes rapides, cite un cas presque identique: « J'en ai vu, dit-il, un exemple bien frappant dans une grande école publique où régnait la scarlatine. Presque tous les cas qui se présentèrent chez de jeunes garçons de 13 à 18 ans furent extrêmement doux, mais un jeune homme plus robuste que la plupart des autres, s'affaissa aussitôt qu'il fut atteint et mourut avec des symptômes typhoïdes avant la fin du 3e jour. Ce fut, dit-il, le seul cas différent de tous ceux qui avaient précédé et de tous ceux qui suivirent.»

III. Forme grave par exagération d'un symptôme.

Nous trouvons ici la forme angineuse à laquelle nous pourrions peut-être rapporter deux observations; elle se montre surtout dans certaines épidémies. Sanné, Jaccoud, Laveran la passent sous silence, nous n'en dirons que quelques mots. Le mal de gorge existe dès le début masqué par la difficulté de la déglutition et par une raideur considérable du cou et l'impossibilité à mouvoir la mâchoire inférieure (1)

(1) Ce symptôme est commun à toutes les angines graves, comme le dit fort bien M. le professeur Baumel dans son excellent traité sur les maladies de l'appareil digestif.

due surtout au gonflement des glandes sous-maxillaires; Trousseau l'attribue aux ganglions lymphatiques qui correspondent au pharynx. Les amygdales se tuméfient et présentent une rougeur très vive qui envahit toute l'arrière-gorge. La voix est rauque. Bientôt les amygdales, la luette, le pharynx se recouvrent d'une sudation épaisse et plus souvent de plaques de matières pultacées, blanchâtres, caséeuses pouvant prendre l'aspect de fausses membranes; l'haleine est fétide. Dans les cas qui se terminent fatalement (West), les symptômes locaux ne paraissent aucunement être la cause de la mort et le malade succombe plutôt sous l'ensemble de phénomènes typhoïdes; l'angine peut d'ailleurs aboutir à l'ulcération même du phlegmon.

COMPLICATIONS.

Nous trouvons ici l'arthrite, l'otite (observations I et II) quoique très légères; quant à celles que nous n'avons pas observées, nous les passerons sous silence, nous réservant pour l'anasarque à laquelle se rattachent quatre de nos observations.

L'anasarque peut apparaître quelquefois de fort bonne heure, mais, d'après tous les auteurs, jamais avant la desquamation (Noirot); elle peut, passé cette époque, se montrer à des intervalles plus ou moins éloignés du début de la maladie, mais elle est surtout à redouter 2 ou 3 semaines après l'éruption (Vieusseux, Trousseau), de 12 à 24 jours après (Barthez), mais jamais après la 6e semaine (Blache et Guersant). Dans notre observation II, l'anasarque provoqué, il est vrai, s'est montré 20 jours environ après le début de la maladie. Pour les 3 autres cas, un intervalle de temps à peu près semblable a séparé l'apparition de l'angine de

celle de l'anasarque, mais les dates manquent ici de précision.

Ici comme dans ses autres manifestations, la scarlatine garde son caractère essentiellement variable, suivant les sujets, suivant les épidémies. Le jeune âge, le tempérament lymphatique y prédisposeraient plus particulièrement (Noirot), et nous voyons que l'âge adulte cependant est loin d'en être à l'abri (4 sur 19). On a cité l'épidémie de Saint-Dié (Cadet de G., p. 463) où les garçons, seuls, furent atteints d'anasarque, bien que l'autre sexe eût en bien plus grand nombre contracté la maladie. Tantôt rare, 1 p. 100 dans certaines épidémies, nous la voyons, dans d'autres, monter à 8 p. 100. Bouillaud disait n'en avoir pas vu un seul cas depuis plus de 10 ans, tandis qu'Hoffmann, cité par Noirot, déclarait l'avoir vue survenir en 1787 chez tous les malades atteints de scarlatine, quoique l'on prît toutes les précautions imaginables pour les préserver du froid et les mettre à l'abri de l'air extérieur.

Quelle est la valeur du froid sur le développement de l'anasarque scarlatineux ?

DE L'ANASARQUE A FRIGORE.

Nous ne dirons que quelques mots de cette complication ultime de la scarlatine, et cela au point de vue de nos conclusions, renvoyant pour le reste à l'étude supérieure qu'en a fait Cadet de Gassicourt.

Plus fréquente, comme nous venons de le voir, chez l'enfant que chez l'adulte dans certaines épidémies que dans d'autres, on a tour à tour contesté ou exagéré les effets du froid sur son développement; on a admis que le refroidisse-

ment ne joue aucun rôle, et on a cité des adultes se livrant à des travaux pénibles, exposés à toutes les intempéries, rester indemnes de toute complication, des enfants séquestrés les 6 semaines de rigueur, et tenus pendant ce temps à l'abri de toute cause susceptible de provoquer le plus léger changement de température, contracter cependant l'hydropisie scarlatineuse.

Voici l'opinion de Vieusseux qui, exerçant sous un climat plus froid, était mieux à même d'en apprécier les funestes effets:

«J'ai vu, dit-il, un grand nombre de cas de même que mes confrères, mais je ne me rappelle pas un seul exemple où l'on ne pût découvrir que la cause du mal était l'exposition prématurée à l'air ou au froid», et il ajoute:

«*Je soutiens qu'en général l'air froid produit l'anasarque, et que l'anasarque est produite par l'air froid et non par d'autres causes.*»

Nous avons voulu ici, en citant les paroles du praticien de Genève, faire la part d'une conviction basée sur une longue expérience, tout en faisant les réserves nécessaires sur une cause méconnue par lui, la néphrite scarlatineuse. Quel est le rôle respectif de chacun de ces deux coefficients dans la production de l'anasarque: le froid et l'infection. Nous ne rentrerons pas dans cette discussion, et nous nous en remettrons aux conclusions longuement motivées de l'auteur, que nous avons cité tout d'abord. (Doit-on, dit-il, faire la part plus large encore à l'action infectieuse et nier, non seulement l'action exclusive, mais encore une action quelconque du froid dans la production de la néphrite? Je m'élève de toutes mes forces, de toute mon énergie, contre cette opinion que je regarde non seulement comme radicalement fausse, mais encore comme infiniment dangereuse, etc.) Pour nous, qui devons rester dans le domaine purement clinique, nous

nous contenterons de faire ici la part du froid sur un organe dans un état de susceptibilité toute particulière et reconnaître l'importance d'une cause pouvant le créer elle-même de toute pièce (1). L'observation II nous paraît d'ailleurs concluante à cet égard ; le malade sort le 16 janvier parfaitement rétabli et après deux jours de manœuvres, par une température très froide, rentre avec une anasarque aiguë généralisée, extrêmement développée, et meurt sous des accès de suffocation intense (2).

Une observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Baumel, et dont l'étude histologique faite par M. Carrieu, a paru dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier 1888*, vient encore à l'appui de ce que nous avançons ; mais elles prouvent aussi combien légères et quelquefois difficiles à surpreudre peuvent être les causes capables de provoquer une pareille complication.

Le malade, en pleine desquamation, se levait tous les matins et à demi vêtu, sans pantalon, et ne portant que sa capote sur ses épaules. Il ne craignait pas ainsi de traverser la salle, s'exposant à des courants d'air, qu'explique suffisamment la disposition des lieux.

Les menaces furent vaines, l'anasarque se déclara et le malade succomba à des attaques d'éclampsie urémique.

Nous ne rentrerons ici dans aucune considération physiologique, cet ordre de preuves étant facile à saisir (3).

Les cas bénins ne sont pas à l'abri de ces graves complications, puisque Trousseau en cite un cas, et que 3 de nos

(1) Bissot a remarqué que l'impression du froid produisait toujours une augmentation d'albumine dans les urines ; chez les albuminiques, on a même vu des récidives (Barthez).

(2) La maladie peut se terminer par des accès de suffocation, aussi subits que violents, l'infiltration alors a envahi les organes respiratoires (Barthez).

(3) Urémie, *in* Bouchard Anto-intoxication.

malades, entrés pour anasarque dont 1 (obs. VIII) *à frigore* n'ont eu que l'angine. Nous pensons donc que l'on doit toujours tenir compte d'une pareille éventualité.

Si, après avoir fait cette courte étude sur la scarlatine, nous passons en revue nos observations, nous voyons que le plus grand nombre se rattache à la scarlatine normale (obs. I, VII, IX, X) et la plupart des dernières citées. Dans les cas plus graves, nous pouvons classer les observ. III et V. Elles se rattachent au groupe 2 de notre classification et sont représentées par deux scarlatines malignes suivies de mort. Enfin, 4 cas d'anasarque, dont 1 suivi de mort, appartiennent aux complications.

Comme le nombre des malades admis à l'hôpital renferme tous les cas de scarlatine constatés, c'est une mortalité de 3 pour 19, soit 15 p. 100, ce qui peut paraître considérable (voir la partie historique). Mais si l'on veut bien nous accorder que le nombre de malades a été beaucoup plus considérable que celui que nous avons eu à l'hôpital, nous voyons sa gravité s'atténuer de beaucoup et les cas bénins se présenter en immense majorité. En effet, tout n'était pas là.

En même temps, et dans le même milieu, se déclarait une épidémie considérable d'angines, dont quelques-unes phlegmoneuses, d'autres encore suivies d'anasarques, nous faisaient immédiatement songer aux cas si bien décrits par Trousseau; que l'éruption eût manqué ou que sa légéreté et le peu d'importance des phénomènes fébriles concomitants n'eussent pas nécessité leur admission à l'hôpital.

Il nous était donc impossible de ne pas soupçonner, comme nous l'avons dit au début de ce travail, dans cette parité de symptômes, une même cause originelle, une deuxième forme de la maladie.

Nous ne pouvons mieux faire ici, pour montrer cette brusque coïncidence dans leur apparition, que de donner le tableau de ces cas d'angine, en mettant en regard l'année précédente et les mois qui ont suivi.

(*Suit le tableau*)

Extrait du Registre des malades à la chambre.

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
		JUIN, JUILLET 1886		
»	»	»	»	»
		AOUT		
X.	Angine	»	»	»
Y.	—	»	»	»
		OCTOBRE, NOVEMBRE		
»	»	»	»	»
		DÉCEMBRE		
Monnote. . .	Angine	plus 1 an	du 19 au 23	
Lacroix. . .	—	moins 1	du 14 au 15	
Guillot . . .	—	m. 1	du 27 au 29	
Bouquault, capl.	—	m. 1	du 29 au 31	Evacué scarlat.
		JANVIER 1887		
Buge.	Angine	plus 1 an	du 3 au 5	
Thomas . . .	—	p. 1	du 3 au 6	
Chassing. . .	—	p. 1	du 4 au 6	
Dargent . . .	—	moins 1	du 4 au 6	
Quinsac . . .	—	plus 1	du 7 au 9	
Plafong. . . .	—	p. 1	du 8 au 9	
Grandjean. .	—	moins 1	du 8 au 12	
Decressac. .	—	m. 1	du 12 au 14	

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Malades à la chambre, Janvier 1887 (*Suite*).				
Lafont, cap.	Angine	plus 1 an	du 12 au 14	
Mouillet . . .	—	p. 1	du 15 au 17	
Bourderonnet . .	—	moins 1	du 16 au 19	
Laporte . . .	—	plus 1	du 16 au 18	
Vallette . .	—	moins 1	du 17 au 19	
Moulinoux. .	—	m. 1	du 17 au 19	
Dreuilhe. . .	Scarlat. otit.	m. 1	du 18 au 19	Evacué scarlat.
Bourinet. .	Angine	m. 1	du 18 au 19	
Roux.	—	plus 1	du 18 au 19	
Bellet.	—	p. 1	du 19 au 25	
Thireix. . . .	—	moins 1	du 21 au 25	
Corderf. . . .	—	m. 1	du 22 au 25	
Bagnol	—	plus 1	du 18 au 19	
Borne	—	moins 1	du 24 au 25	Evacué scarlat.
Jallet	—	m. 1	du 24 au 27	
Delon	—	m. 1	du 25 au 27	
Gauthron . .	—	m. 1	du 27 au 30	
Pioche . . .	—	plus 1	du 27 au 29	
Pauzol	—	p. 1	du 27 au 30	
Lavalette . .	—	moins 1	du 29 au 30	

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Malades à la chambre, Janvier 1887 (*suite*)				
Dubois.....	Angine	moins 1 an	du 29 au 30	
Rougier....	—	m. 1	du 30 au 3 fév	
Pichon. ...	—	plus 1	du 30 au 4 fév	
FÉVRIER 1887				
Cottier.....	Angine	moins 1 an	du 1er au 3	
Marsac....	—	m. 1	du 1er au 4	
Treuf.. ..	—	m. 1	du 2 au 5	
Jaubert....	—	m. 1	du 2 au 4	
Rigaud ...	—	m. 1	du 2 au 5	
Biarnais....	—	plus 1	du 3 au 7	
Franch, cap.	—	p. 1	du 3 au 4	Évacué.
Berthaud .	—	p. 1	du 3 au 6	
Chauveau, s.	—	p. 1	du 4 au 5	Évacué scarlat.
Finet.. ...	—	moins 1	du 4 au 7	
Chaminade	—	plus 1	du 5 au 9	
Paupert.. .	—	moins 1	du 5 au 6	Évacué scarlat.
Maurin ...	—	plus 1	du 5 au 6	
Grange....	—	p. 1	du 6 au 12	
Marsillac...	—	moins 1	du 8 au 12	
Valade.....	—	m. 1	du 9 au 12	

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Malades à la chambre, Février 1887 (*suite*)				
Toucharol. .	Angine	plus 1 an	du 9 au 11	
Touchard . .	—	p. 1	du 10 au 12	
Boutot. . . .	Anasarque	p. 1	du 10 au 12	Évacué.
Pasquet. .	Angine	moins 1	du 13 au 15	
François. . .	—	m. 1	du 13 au 15	
Boutheil. . .	—	plus 1	du 14 au 15	
Paule.	—	p. 1	du 15 au 16	
Marty.	—	p. 1	du 17 au 19	
Berthier, cap.	—	p. 1	du 17 au 19	
Mars 1887				
Favraud . .	Angine	plus 1 an	du 1er au 3	
Pralong. . . .	—	moins 1	du 1er au 4	
Bourdarias .	—	plus 1	du 2 au 3	Évacué.
Cros.	—	p. 1	du 4 au 8	
Bernard. . .	—	moins 1	du 13 au 16	
Mourieras. .	—	m. 1	du 28 au 29	
Avril 1887				
Lavalette. .	Angine	moins 1 an	du 4 au 8	
Mai et Juin				
»	»	»	»	

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Malades à la chambre, Juillet 1887 (*suite*)				
Leprat... ..	Angine	moins 1 an	du 25 au 28	
Duvergé, cap.	—	plus 1	du 20 au 22	

Elles disparaissent de nouveau complètement.

Extrait du Registre de l'infirmerie

Début en janvier seulement, JANVIER 1887.

Prouillac. . .	Angine	moins 1 an	du 1er au 15	
Faivre. . ..	—	plus 1	du 3 au 17	
Ollier.. . .	—	moins 1	du 7 au 8	Évacué phl. ang.
Valette ..	—	m. 1	du 19 au 20	Évacué scarlat.
Laumy. . . .	—	plus 1	du 19 au 26	
Bruchin.....	—	moins 1	du 23 au 31	
Borne ..	—	m. 1	du 24 au 25	Évacué ang. phl.
Carcaux. .	—	m. 1	du 24 au 25	Évacué scarlat.
Parisot. . . .	—	m. 1	du 26 au 3 fév	
Dubois.....	—	m. 1	du 30 au 31	Évacué scarlat.

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Registre de l'infirmerie, Février 1887 (*suite*)				
Pastureau..	Angine	moins 1 an	du 1er au 12	
Franch, cap.	—	plus 1	du 4 au 5	Evacué scarlat.
Garnier.. .	—	moins 1	du 6 au 12	
Paule.....	—	plus 1	du 16 au 19	
Tournier...	Albumineri[e]	moins 1	du 21 au 24	Evacué.
Puyroux.. .	Angine	plus 1	du 24 au 9	
Delbos....	—	p. 1	du 27 au 9	
Dumas.. . .	—	p. 1	du 27 au 9	
Mars 1887				
Bourdarias.	Angine	moins 1 an	du 3 au 17	
Petit	—	plus 1	du 12 au 24	
Reygarde ..	—	p. 1	du 21 au 8 avril	
Brisse	—	p. 1	du 21 au 30	
Avril 1887				
Patrigeon ..	Angine	plus 1 an	du 8 au 15	
Mai 1887				
Dalmas. ...	Angine	plus 1 an	du 4 au 10	
Mai, Juin, Juillet 1887				
»	»	»	»	

Extrait du registre des Malades à l'Hôpital.

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
		Décembre 1886		
Dreuilhe. . .	Scarlatine	moins 1 an	du 29 au 16 janv	
Bouquault, cap.	—	m. 1	du 31 au 3 févr.	
		Janvier 1887		
Ollier.	Scarl. ang. phleg	moins 1	du 8 au 26 févr.	
Mouillet . . .	Scarlatine	m. 1	du 17 au 19	Mort.
Dreuilhe. . .	Anasarque	m. 1	du 19 au 19	Mort.
Valette	Scarlatine.	m. 1	du 20 au 4 mars	
Borne	Scarl. ang. phleg	m. 1	du 25 au 4 mars	
Carcaux . . .	Scarlatine	m. 1	du 25 au 4 mars	
Dubois	—	m. 1	du 31 au 10 mars	
Faugeras . .	—	m. 1	du 31 au 3 févr.	Mort.
		Février 1887		
Fontoillet.	Scarlatine	moins 1 an	du 4 au 10 mars	
Frauch, cap.	—	plus 1	du 5 au 10 mars	
Chauveau. .	—	p. 1	du 5 au 10 mars	
Paupert. . . .	—	moins 1	du 6 au 10 mars	
Barbeau . . .	—	plus 1	du 8 au 10 mars	
Boutot.	Anasar., œdème pulmonaire.	p. 1	du 12 au 8 avril	

NOMS	DIAGNOSTIC	Etat de service plus ou moins d'un an	DURÉE de traitement	OBSERVATIONS
Registre de l'Hôpital, Février 1887 (*Suite*)				
Tournier. .	Albuminurie.	moins 1 an	du 24 au 8 avril	
Mignon. . .	Scarlatine	plus 1	du 24 au 8 avril	
MARS 1887				
Dague. . . .	Néphrite albumineuse	plus 1 an	du 11 au 8 avril	

C'est le dernier de l'épidémie.

4me PARTIE.

DE L'ANGINE SCARLATINEUSE

SES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS, SA NATURE

Nous allons maintenant nous occuper de l'angine, dont nous avons jusqu'ici retardé l'étude. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître sa haute valeur diagnostic. Pour nous, nous l'avons constamment observée. Toutefois, nous devons faire ici une distinction entre deux formes ou mieux deux degrés de l'affection :

1° L'exanthème, qui n'est que la manifestation d'une rougeur plus ou moins vive dans l'arrière-gorge et pouvant s'étendre sur le voile du palais, la luette, les piliers, les amygdales ou se limiter à certaines de ces parties; elle peut même n'être qu'un piqueté serré occupant le voile du palais, il est indolore. Ce sont les cas qui ont fait dire à Rilliet et Barthez qu'un scarlatineux sur 6 n'avait pas d'angine (1).

2° L'éruption gutturale qui peut s'accompagner de tuméfaction du voile du palais ; il y a douleur, gonflement, les amygdales elles-mêmes peuvent participer à des degrés divers à cette inflammation et l'angine est alors constituée: c'est le cas le plus fréquent. Cette distinction faite, nous décrirons l'angine telle qu'elle est acceptée par la plupart des auteurs ; cette seconde forme de la maladie n'étant qu'un degré de la première.

(1) Cadet de Gassicourt, p. 427, cite un cas de ce genre.

L'angine présente, comme l'exanthème cutané, une grande diversité, tantôt caractérisée par des symptômes violents, tels que vive rougeur de l'arrière-gorge, gêne de la déglutition, raucité de la voix, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Tantôt elle est si peu prononcée qu'elle échappe à un examen superficiel ; ce qui arrive surtout, lorsqu'au lieu d'occuper la région gutturale du pharynx, elle en occupe la partie inférieure. On ne peut alors la constater que par la compression de la région correspondante du cou (Barthez, p. 601), qui détermine de la toux et une légère douleur. C'est l'angine gutturo-pharyngée inférieure de M. le Professeur Baumel, pouvant provoquer de la dyspnée, voire même aboutir à l'œdème de la glotte. Cette dyspnée, nous l'avons constatée chez un de nos malades, parfaitement remis depuis et chez lequel une angine peu intense ne paraissait pouvoir produire un symptôme de cette nature. Nous croyions alors que l'angine scarlatineuse ne pouvait affecter que la région amygdalienne. Elle peut présenter des phénomènes d'intermittence.

L'aspect de la muqueuse pharyngienne est également très variable ; tantôt la rougeur est disposée par bandes ondulées (Noirot), tantôt par plaques plus ou moins diffuses, plus ou moins foncées.

Elle se montre ordinairement pendant le stade des prodromes. Elle peut précéder même, si nous en croyons quelques-unes de nos observations (1), se prolonger pendant la durée de l'éruption et ne disparaître qu'après (observations IV et VII). Elle peut, ce qui est rare, débuter vers le déclin de l'exanthème ou pendant la desquamation. Ces

(1) Barthez, p. 601.
Un piqueté un peu foncé se montre à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parois du pharynx un certain temps avant que l'éruption soit bien caractérisée ou même se soit montrée (Valleix, p. 405).

degrés divers font partie d'un symptôme propre à un individu ou sont le caractère prédominant d'une épidémie, comme nous l'avons dit plus haut. Elle peut se montrer, seulement après la desquamation ; dans ce cas, elle donne lieu à une recrudescence de la fièvre, et s'il nous était permis d'émettre une opinion purement personnelle, nous dirions qu'elle participe des caractères de l'exanthème pouvant varier, s'atténuer et même disparaître, ce qui d'ailleurs serait compatible avec ce que nous en dirons plus loin sur sa nature.

Elle peut précéder, avons-nous dit. La plupart des auteurs regardent l'angine comme un symptôme contemporain de l'éruption, Jaccoud, Sanné, Trousseau, etc., ou ne la précédant que de fort peu. Il est vrai, dit Cadet de Gassicourt, que dans la très grande majorité des cas, l'angine précède de très près l'exanthème, quelquefois elle lui est presque contemporaine ; le plus souvent elle apparaît 6, 12, 36 heures avant lui, mais il est des cas dans lesquels l'angine peut précéder l'exanthème de 3 ou même de 4 jours. Ainsi, dans l'observation X, l'angine apparaît le jeudi et l'éruption ne se fait que le dimanche, à son entrée à l'hôpital. Dans l'obs. IX, entré le jeudi, souffrant de la gorge depuis trois jours, l'éruption ne s'est faite que le soir même; enfin, dans l'obs. IV, entré à l'hôpital le 31, malade depuis 8 jours, angine, fièvre, céphalalgie, l'éruption ne se serait montrée que l'avant-veille, ce qui donnerait 5 à 6 jours pour la priorité de l'angine.

La chose peut paraître considérable, peut-être même y a-t-il quelque erreur de la part du malade. Cadet de Gassicourt cite deux observations à ce sujet ; dans la première, 3 jours pleins séparèrent le début de l'angine de l'éruption ; dans la deuxième, qui se présenta dans une circonstance fort curieuse, 4 jours les séparèrent et l'angine fut prise pour une

angine catarrhale. Sanné cite également un cas de même durée (1).

Il est facile de voir la réserve qu'imposent de pareils faits. Enfin, dans certaines épidémies, elle peut revêtir une gravité exceptionnelle; nous en avons parlé au sujet des formes angineuses.

Ses caractères.— C'est sur les amygdales que l'angine se localise le plus souvent quelquefois de dimensions normales; elles se tuméfient le plus souvent au point d'obstruer l'isthme du gosier. Elles se recouvrent fréquemment d'un enduit pultacé plus ou moins épais, constitué par de petites concrétions blanches, crémeuses, demi-transparentes, peu adhérentes, s'enlevant facilement avec le doigt ou un pinceau (2). Leur structure est uniquement épithéliale; elles sont dues à une prolifération très active des cellules pavimenteuses. Lasègue leur donne pour origine une éruption miliaire analogue à celle de la peau, elles ne se dessécheraient pas et formeraient par leur réunion les plaques pultacées. Elles peuvent résulter aussi de la sécrétion des cryptes glandulaires dont sont criblées les amygdales (M. le professeur Baumel) (3). Ces éruptions laissent souvent au-dessous des érosions, des ulcérations assez superficielles (obs. VII). Ces ulcérations, complètement distinctes de celles que peuvent laisser les fausses membranes après leur arrachement, ne seraient que le résultat de la suppuration ganglionnaire (Cadet de G.).

Nous ne ferons pas rentrer dans ces symptômes les fausses membranes quelquefois minces, molles, mélangées de pus, mais quelquefois épaisses, adhérentes, résistantes que décrit

(1) Cadet de G., p. 433.

(2) Elles laissent au-dessous la muqueuse intacte contrairement à ce qui se passe pour l'angine herpétique, aphteuse, ulcéro-membraneuse (Hardy et Behier, p. 313.

(3) Maladies de l'appareil digestif, p. 73.

Barthez; elles paraissent évidemment appartenir à la diphtérie.

Existe-t-il en effet des angines scarlatineuses diphtéritiques? La dualité de ces deux affections paraît, en effet, presque démontrée aujourd'hui, et Trousseau, après avoir émis l'opinion contraire, finit par dire que ces accidents, dont il vient de parler, ne sont que la diphtérie arrivant à la fin de la scarlatine comme une complication redoutable.

Cadet de Gassicourt est beaucoup plus explicite. «Nous n'hésitons pas à affirmer que toutes les angines véritablement couenneuses, que tous les croups qui accompagnent la scarlatine, sont des angines et des croups diphtéritiques.» Pour lui, la constitution de la fausse membrane, la marche de la maladie, ne présentent aucune différence entre les diphtéries secondaires à la scarlatine et la diphtérie primitive.

Toutefois nous devons faire la part des opinions qui se partagent encore une question non définitivement jugée.

Elles sont au nombre de trois: la première, nous venons de l'exprimer, c'est celle de Cadet de Gassicourt: distinction complète entre les deux affections. La deuxième admet au contraire une angine scarlatineuse à forme diphtérique. La troisième enfin admet une classe d'affections diphtéroïdes ne participant en rien ni de la nature de la diphtérie, ni de celle de la scarlatine.

Cependant l'angine diphtérique paraît aussi compliquée que la fièvre typhoïde (cas de Chaudevergue, Peter, Oulmont, cités par M. le Dr Baumel), ce qui tendrait à confirmer la première opinion.

Diagnostic.— Le diagnostic, au début de l'angine simple et de l'angine scarlatineuse, n'est pas toujours bien facile comme le prouvent quelques-unes de nos observations et celles citées de Cadet de Gassicourt. On pourra craindre la dernière si le sujet est jeune, si l'angine coïncide avec une

épidémie de scarlatine, si l'individu n'a jamais été atteint de scarlatine, si la coloration de la muqueuse bucco-pharyngienne est vive et foncée, si les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Si, au contraire, l'individu est sujet à l'amygdalite, si une seule tonsille est affectée, on penchera vers l'angine simple. Les angines symptomatiques d'autres affections : aphtes, muguet, etc., s'en distinguent par leur absence de fièvre, leur chronicité ou leur étiologie.

Sa nature. — Vers le milieu du siècle dernier, la scarlatine revêtit souvent la forme angineuse, et les praticiens ne virent là qu'une angine compliquée d'éruption accidentelle; plus tard, on voulut localiser la scarlatine au pharynx et on considéra le mal de gorge qui accompagne l'exanthème comme la lésion constitutive de la maladie. Si les rougeurs cutanées étaient purement symptomatiques, elles n'existeraient jamais sans cette dernière qui, nous le savons, est loin d'être constante dans la scarlatine. L'exanthème aussi, il est vrai, manque quelquefois ; que faut-il en conclure? c'est que ni le mal de gorge, ni l'éruption ne constituent la scarlatine. *Ce sont simplement deux phénomènes qui n'ont de liaison que leur cause commune ;* ils sont la manifestation d'une même cause, comme le prouvent leurs caractères essentiellement mobiles et variables de coloration, de durée, etc.

Nous avons vu que, d'après Gubler, l'angine pultacée n'était qu'une desquamation épithéliale consécutive à une miliaire amygdalienne. Une sorte d'exfoliation semble aussi s'opérer à la surface de toutes les muqueuses. Storch l'avait remarqué pour la bouche et la langue, d'autres auteurs après lui signalèrent des plaques membraneuses tombant des narines pendant la convalescence de la scarlatine. Franc constata plusieurs fois ce phénomène pendant l'épidémie de Wilmar 1817. Les matières alvines offriraient au microscope

des écailles épithéliales, de même que les urines. L'estomac, l'intestin, présentent des troubles en rapport avec l'éruption ; diarrhée, troubles gastro-intestinaux, nous avons attiré l'attention là dessus.

En somme, nous pouvons considérer la scarlatine comme une maladie générale dont l'exanthème cutané et pharyngé ne serait que l'expression. L'angine ne représenterait que l'éruption des muqueuses. «Ce qui se passe sur la partie de la muqueuse digestive accessible à la vue porte à croire que cette membrane se comporte de la même manière dans toute son étendue. Les expansions qu'elle envoie dans l'oreille et les fosses nasales confirment encore cette manière de voir. De là, sur la peau efflorescence, desquamation, gangrène, abcès ; dans le tissu sous-cutané et sur les muqueuses digestives, angine stomatite, gastrite, antérocolite, grangrène (Sanné).»

SCARLATINE ATTÉNUÉE ET SCARLATINE FRUSTE

Nous avons donné ci-dessus le tableau contenant les cas d'angines qui s'étaient brusquement déclarées dès le début de l'épidémie, nous devons, connaissant la valeur et la véritable signification de l'angine, rechercher si la plupart de ces cas n'appartiennent pas simplement à la scarlatine.

Nous avons vu tous les degrés que peuvent présenter les symptômes importants de la scarlatine, l'éruption, combien souvent elle était légère fugace, disparaissant pour se montrer

en d'autres points et pouvant parfois déjouer l'observation la plus attentive. Nous citerons quelques-uns de ces cas d'une bénignité extrême se montrant au milieu d'une épidémie et ne laissant aucun doute sur leur identité; nous ferons après la part de la scarlatine fruste.

La plupart de ces cas d'ailleurs abondent dans les épidémies et sont assurément, comme nous l'avons dit, bien plus fréquents qu'on ne croit, mais passent le plus souvent inaperçus. Voici ce que dit Blachez (1): « En résumé, dit-il, les scarlatines qu'il m'a été donné d'observer dans la dernière épidémie qui dure encore m'ont paru remarquables le plus souvent par leur entière bénignité. Je suis convaincu que ces *scarlatinoïdes* passent le plus souvent inaperçues surtout dans la classe pauvre.» Nous ne reviendrons pas sur l'opinion de West là dessus, nous en avons dit un mot (p. 12) Cadet de Gassicourt, p. 410.

D'ailleurs, on ne doit pas conclure de la gravité de certains cas à la gravité des autres et *vice versâ*, et dans la même épidémie les extrêmes peuvent se tenir passant par les intermédiaires les plus opposés, et les allures même de la scarlatine se prêtent aux accidents les plus disparates. « Telle fièvre vive accompagnée de céphalalgie et de délire s'accompagnera d'une angine légère et se traduira le lendemain par une éruption à peine indiquée; telle autre n'aura que des prodromes insignifiants, à ce point que l'éruption sera le premier symptôme qui attirera l'attention. Cette éruption d'ailleurs suivra sa marche habituelle et aboutira à une desquamation prolongée, sans que le patient en paraisse le moins du monde affecté.» (Blachez, *ibid.*)

Voici un cas de bénignité extrême que nous lui emprunterons.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1881.

Il s'agit d'un garçon de 12 ans, élève du Lycée de Wanves, alors infecté de scarlatine; on l'avait, pour ce fait, licencié le 10 avril, «le 13, il avait déjeuné de grand appétit. Vers 3 heures sa mère, femme attentive et intelligente, remarqua des rougeurs sur le cou.

»Elle prend la température qui marquait 37 degrés et ne s'en préoccupe plus. L'enfant dîne bien, dort toute la nuit et déjeune comme d'habitude. Quand je le vois le 14 dans l'après-midi, il joue dans la chambre et ne paraît pas malade. Il est cependant couvert d'une éruption scarlatineuse occupant le cou, le tronc et la partie antérieure des jambes. La gorge absolument indolore est à peine colorée, la langue est sale, température axillaire 37°9. L'enfant est mis au lit. Dès le lendemain, le pouls tombait à 80, température 36,8, il garde le lit jusqu'au 27. La desquamation a commencé le 22 et persiste plus d'un mois.»

Ici, dit l'auteur de l'observation, l'enfant ne s'est jamais senti malade et l'affection à peine marquée à la face eût pu passer inaperçue, s'il eût été l'objet d'une surveillance moins intelligente de la part de la mère.

L'absence d'exanthème, alors que tous les autres symptômes sont évidents, a été notée trop de fois pour pouvoir donner lieu à la discussion. Trousseau, Guéretin (*Archives générales de médecine 1842)*, Taupin *(Essai sur la scarlatine sans exanthème*, etc.), ont définitivement établi l'existence de cette anomalie.

Les cas de ce genre, dit Walleix, s'observent pendant les épidémies ; on voit des sujets présenter le mouvement fébrile «*l'angine scarlatineuse*» sans aucun exanthème. L'angine peut être grave ou légère, la fièvre forte ou nulle comme dans les cas de Trousseau, page 122. L'angine est alors l'expression ordinairement symptomatique de l'affection (*ibid*). Dans l'exemple de Graves, une jeune fille, restée indemne de toute

une famille qu'elle soignait, fut la seule prise de l'anasarque scarlatineuse. Ces faits abondent.

Nous terminons par cette observation de Blachez, où à peu près les formes de la maladie se trouvent réunies.

«Le 25 avril dernier, dit-il, j'eus à donner des soins à une enfant de 5 ans, d'une excellente constitution, qui paraissait un peu languissante depuis une huitaine de jours. Le 25 avril, on lui trouva un léger mouvement fébrile. Le 26 au matin, j'observe une éruption très caractérisée sur le cou, la poitrine et les cuisses. La gorge absolument indolore est rouge et piquetée. Le pouls est à 96, la température à 37. L'enfant est vive, gaie, joue sur son lit et demande à manger ; la langue est cependant un peu sale. Le lendemain, l'éruption commençait à pâlir, bien qu'elle se fût étendue au dos et aux membres ; l'apyrexie est complète. L'enfant mange avec appétit. (*Je l'ai fait tenir à la chambre pendant trois semaines*). Les urines ont été constamment normales, il n'y a pas eu de desquamation ; des examens répétés portant sur les points d'élection ont été faits avec soin. En résumé, l'enfant n'avait guère eu que quelques heures de fièvre. On se demandait si l'éruption méritait véritablement le nom de scarlatine, malgré l'évidence des caractères objectifs.

»Le 30 avril, le frère de cette enfant, beau nourrisson de onze mois, élevé au sein, n'ayant jamais été malade, est pris de malaise dans la soirée. Il couchait dans une chambre voisine de celle de sa sœur. Je le vois le soir même, quelques heures après le début du malaise. Il n'a pas de fièvre, bien qu'il crie et s'agite incessamment comme un enfant en dentition. Je constate, avec surprise, qu'il est couvert de la tête aux pieds d'une éruption scarlatineuse occupant le cou, la poitrine, le ventre et les cuisses. La main s'y imprime tout entière. L'éruption est de couleur assez vive, *il n'a rien dans la gorge.* Le lendemain, l'éruption persiste sans le moindre malaise. Elle disparaît le matin du troisième jour. L'enfant

n'a pas eu un moment de fièvre depuis l'apparition de la rougeur. Cependant je lui ai fait garder la chambre, et, au bout de 10 jours, il n'y avait pas de traces de desquamation. Je ne pouvais que difficilement, dans leur entourage, faire accepter l'idée d'une véritable scarlatine, lorsque le 3 mai, la mère, jeune femme de 28 ans, est prise de frissons et de mal de gorge; fièvre, pouls 104, gorge rouge et piquetée. L'amygdale droite est très vivement prise. Le lendemain, la fièvre tombe, aucune trace d'éruption ne se manifeste; le 5 mai, deux jours après, la malade reprenait ses occupations.

»Huit jours après, le père, âgé de 35 ans, est pris d'une angine violente: la gorge est pourpre, l'amygdale gauche touche la luette et est couverte d'un enduit pultacé; le malade peut à peine ouvrir la bouche. La fièvre, très vive au début, tombe dès le lendemain, mais le mal de gorge persiste et dure une dizaine de jours, sans qu'il y ait eu trace d'éruption.

»Ce n'est pas tout, les enfants partent, au bout d'un mois, pour la campagne; ils n'avaient pas trace de desquamation. Leur grand'mère, qui les avait emmenés à 50 lieues de la capitale, est prise, deux jours après son arrivée, d'une scarlatine parfaitement caractérisée ainsi que la femme de chambre qui les avait accompagnés.»

Je ne crois pas qu'on puisse mettre en doute, ajoute-t-il, la nature scarlatineuse de l'angine chez le père et la mère.

Il serait difficile de réunir des exemples aussi variés dans un même milieu: Scarlatine bénigne, scarlatine sans angine, angine sans éruption et de diverse gravité, et scarlatine complète: tout y est.

Je pense que ces exemples suffisent largement pour démontrer toutes les formes que peut prendre la maladie dans un milieu épidémique, et combien le diagnostic doit en être influencé.

5me PARTIE.

Revenons-en maintenant aux nombreuses angines que nous avons observées à l'infirmerie, dont quelques-unes pultacées, d'autres encore suivies d'anasarque.

Si nous tenons compte des cas fréquents de scarlatine qui, en temps d'épidémie, ne présentent qu'une éruption fugace et légère pouvant fort bien passer inaperçue, comme le prouvent les observations de Blachez, de ceux ne présentant que l'angine symptomatique (fruste de Trousseau); si nous remarquons d'ailleurs que ces cas, dont un grand nombre à durée très courte, se sont montrés en nombre très considérable en ce moment précis où l'épidémie a pris naissance, qu'ils n'existaient pas auparavant et qu'ils ont complètement disparu après, nous resterons convaincu que la *majorité* en appartient à la scarlatine, dont le cercle se trouve par là considérablement agrandi, et la malignité considérablement atténuée.

Les cas frustes ou atténués seraient, ici, beaucoup plus considérables que les scarlatines vraies.

CONCLUSIONS

1° L'angine, quoique pouvant manquer, est un des symptômes les plus constants de la scarlatine, qu'elle peut précéder d'un temps quelquefois assez long.

2° En temps d'épidémie scarlatineuse, elle est souvent une des formes sous laquelle se manifestent un grand nombre de cas.

3° En temps d'épidémie, la maladie peut s'étendre bien au delà des limites qu'on serait tenté de lui assigner tout d'abord, si on ne tenait compte que des scarlatines normales, formes complètes.

4° Ces cas bénins n'en restent pas moins des foyers de diffusion au point de vue du coutage, et sont soumis à l'une des complications les plus graves de la maladie, c'est-à-dire à l'anasarque.

COROLLAIRE.

L'isolement, au moindre symptôme suspect, et les mesures préventives doivent être la règle de conduite d'un médecin prudent en temps d'épidémie, surtout si des scarlatines graves se présentent en certain nombre.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 avril 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 avril 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !